

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОПЫТА, ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА И АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ОСУЖДЕННЫХ МУЖЧИН

Р. Р. Искандаров, Р. М. Масагутов, И. А. Салихова,
Э. А. Колодкина, Д. Г. Храмова

Башкирский государственный медицинский университет

В последние десятилетия интерес к проблеме посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) значительно возрос, что связано с учащением трагических событий в разных странах, с большим количеством пострадавших в результате стихийных бедствий или насилия. Ярким примером может служить трагедия, случившаяся летом 2011 года в Норвегии. Между тем, исследований, касающихся изучения ПТСР в контингенте осужденных относительно немного. Так, в проведенном А. Goff и соавт. в 2007 году мета-анализе 103 опубликованных статей обнаружилось лишь 4 работы относительно ПТСР среди осужденных [8]. Согласно этим данным, показатели распространенности клинически выраженного ПТСР среди осужденных варьировали от 4% до 21%. Эти цифры оказались значительно выше, чем в общей популяции, в которой распространенность ПТСР составляет 2–2,8% [9].

Столь высокая частота ПТСР среди осужденных не случайна: проявление гнева, агрессия и насилие, в том числе криминальное, довольно типичны для лиц с ПТСР [5]. В ряде исследований было показано, что ветераны войны во Вьетнаме, Ираке и Афганистане, страдающие ПТСР, часто агрессивны в семейных отношениях [2, 4, 11]. Соответственно ветераны, страдающие ПТСР, в 7 раз чаще получали стационарное психиатрическое лечение по поводу агрессии, чем ветераны без ПТСР [11].

В попытках понять феномен агрессии при ПТСР ряд авторов описывают «комплексный» подтип ПТСР, поскольку в изолированном виде типичные кластеры «простого ПТСР» не могут вместить в себя весь спектр симптомов личностной деформации. Комплексный ПТСР обычно возникает в результате психологических травм, причиненных в раннем возрасте, протрагированных, повторных, часто возникающих в ходе межличностной виктимизации. Примером таких психических травм мо-

гут служить пытки, перенесенное в детском возрасте насилие, домашнее насилие, участие в боевых действиях или тяжелая социальная депривация [6]. Одним из типичных проявлений «комплексного ПТСР», как отмечают авторы, являются идеи и поведение пациента, носящие деструктивный характер, и включающие гнев, агрессию и умышленные самоповреждения. При «комплексном ПТСР» эти реакции встречаются чаще, чем при «простом ПТСР». В частности, агрессия и склонность к нанесению самоповреждений – постоянный симптом у жертв сексуального насилия, перенесенного в детском возрасте. Перенесенный в детском возрасте опыт психической травматизации, а также такие симптомы комплексного ПТСР, как диссоциация и соматизация – важный предиктор умышленных самоповреждений во взрослом периоде [3, 15]. По другим данным, при комплексном ПТСР наблюдается самый высокий уровень гнева среди амбулаторных пациентов психиатрического профиля [7]. Как справедливо отмечает А. Goff и соавт. [8], недостаточное внимание к проблеме ПТСР в популяции осужденных может увеличивать риск суицидов и самоповреждающего поведения, а также преступного рецидивизма. Таким образом, проявления гнева, агрессия и криминальное насилие – частый спутник ПТСР у мужчин.

Цель данного исследования состояла в определении распространенности травматического опыта, особенностей посттравматического стрессового расстройства и агрессивного поведения у осужденных мужчин.

Методы исследования: анамнестический, клинико-психопатологический (диагностика ПТСР, согласно критериям МКБ-10 и DSM-IV), психометрический (Миссисипская шкала ПТСР, гражданский вариант; тест агрессии и враждебности Басса-Дарки, тест уровня невротизации и психопатизации, тест склонности к риску).

Результаты и обсуждение

1. *Травматический опыт осужденных мужчин.* Согласно МКБ-10 для развития ПТСР требуется воздействие экстраординарного события, выходящего за рамки повседневного человеческого опыта. Данное событие в литературе часто обозначается под названием травматический стрессор или травматическое событие. Травматические события, жертвами которых в течение жизни становились обследованные нами осужденные мужчины, можно было разделить на 4 группы: произошедшие в детско-подростковом возрасте (1), произошедшие во взрослом периоде (2), связанные с криминальным образом жизни (3) и случившиеся в местах лишения свободы (4).

Мы выяснили, что в детско-подростковом периоде наиболее часто серьезным стрессором выступали: развод родителей (21%), свидетельство домашнего насилия (например, пьяный отец избивал мать на глазах у ребенка) (15%), смерть члена семьи (11%) и физическое, сексуальное или психологическое насилие со стороны родителей или воспитателей (7%).

Во взрослом периоде наиболее часто встречались такие стрессоры, как угроза жизни или физической целостности во время серьезной дорожной аварии (32%), известие о смерти близкого человека (24%), вынужденная миграция (22%), свидетельство несчастного случая (21%) (рис. 1).

Из стрессоров, ассоциированных с криминальным поведением, наиболее значимым оказался обвинительный приговор, в момент оглашения которого обвиняемые испытали состояние «психологического шока» (41%). Реже респонденты отмечали, что были шокированы содеянным ими преступлением (25%), а также реальную угрозу жизни во время совершения преступления или в момент преследования милицией (5–10%).

Хорошо известно, что места лишения свободы являются мощным стрессогенным источником в силу социальной изоляции, иерархической структуры

внутригруппового статуса осужденных и высоко-го уровня межличностного насилия. Из стрессоров, связанных с пребыванием в следственном изоляторе (СИЗО) или исправительной колонии (ИК), наиболее часто встречалось физическое насилие (8%), реже – сексуальное насилие или угроза жизни (0,5–1%). Следует учесть, что реальные цифры распространенности сексуального насилия обычно превышают самоотчеты заключенных в силу интенсивного чувства стыда, а также страха огласки и наказания, о чем свидетельствуют специально проведенные исследования [9]. С учетом этого число пострадавших от сексуального насилия в местах лишения свободы может превышать указанные цифры.

2. *Распространенность диссоциативных реакций.* По данным литературы, в прогнозировании риска развития ПТСР важную роль играют такие предикторы, как диссоциативные реакции, возникающие у жертв в момент воздействия травматического стрессора или в ближайшие минуты-часы после него («перитравматическая диссоциация») [14]. По нашим данным, из проявлений психической диссо-

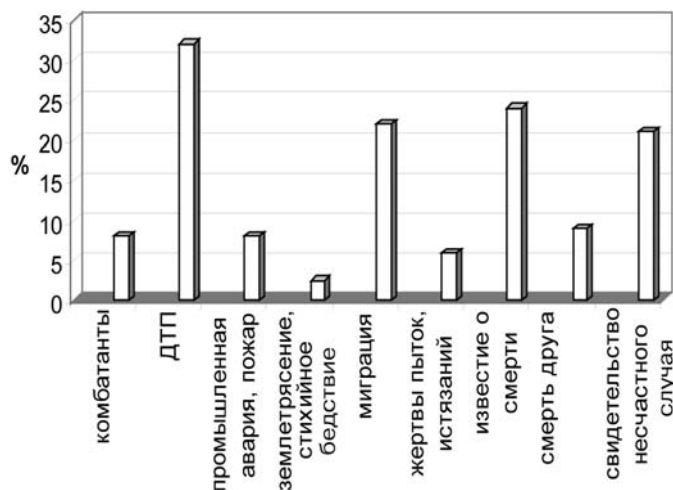


Рис. 1. Распространенность травматических событий в возрасте после 18 лет (n=203)

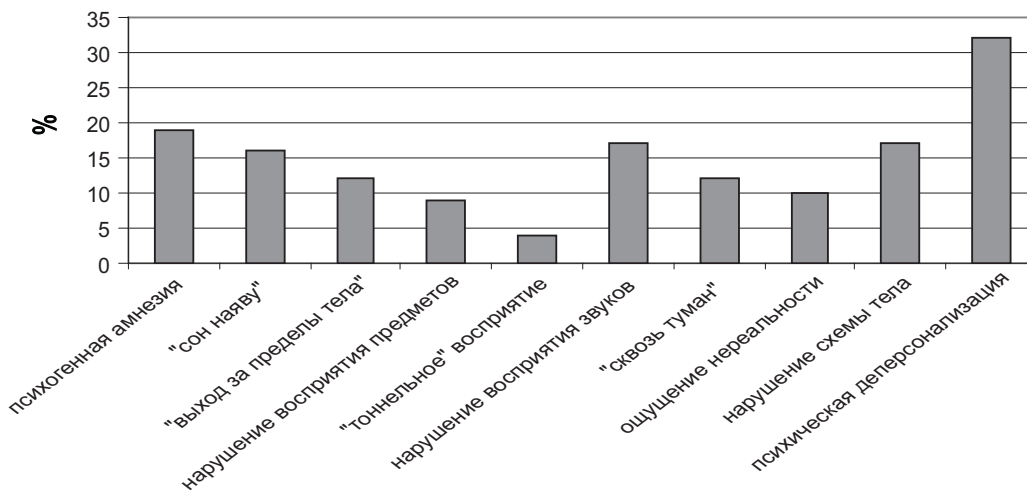


Рис. 2. Распространенность диссоциативных реакций, вызванных воздействием травматического стрессора (n=203)

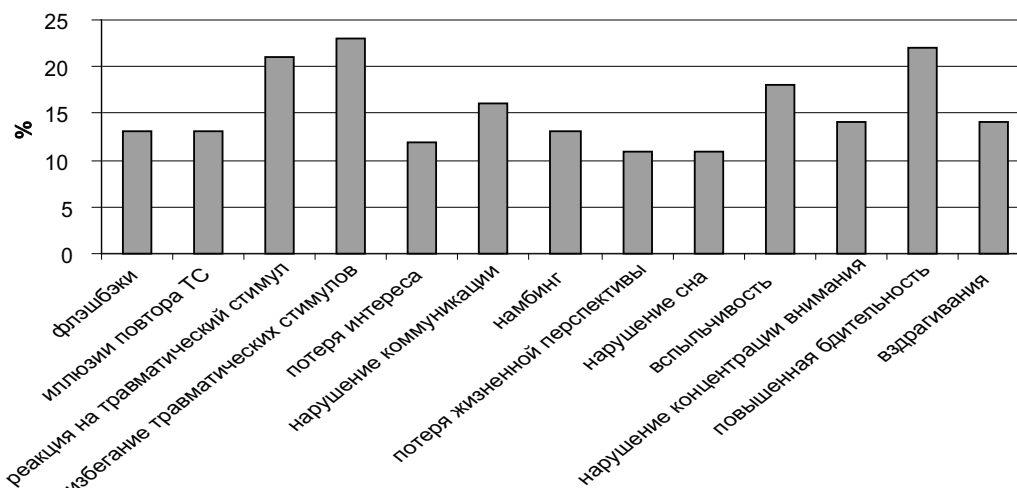


Рис. 3. Распространенность симптомов ПТСР (n=203)

циации наиболее часто встречалась деперсонализация в виде ощущения собственной измененности в мыслях, реакциях, чувствах (32%). Довольно часто наблюдались также психогенная амнезия (19%), ощущение нереальности происходящего по типу «сон наяву» (16%), изменения восприятия громкости звуков (17%), а также изменение пропорций или размеров тела (17%) (рис. 2).

3. *Распространенность симптомов ПТСР.* Далее, исходя из цели исследования, нами был проведен анализ распространенности симптомов ПТСР из различных кластеров, традиционно учитываемых в зарубежных исследованиях: «вторжения», «избегания» и «гипервозбуждения». Наиболее распространенными оказались такие признаки ПТСР, как избегание напоминаний о травматическом стрессоре (24%), повышенная настороженность и бдительность (23%), усиленная физиологическая реакция на травматический стимул в виде сердцебиения, перехватывания дыхания, потливости, дрожи (21%) (рис. 3).

Из перечисленных на рис. 3 симптомов ПТСР, учитываемых нами согласно МКБ-10 и DSM-IV,

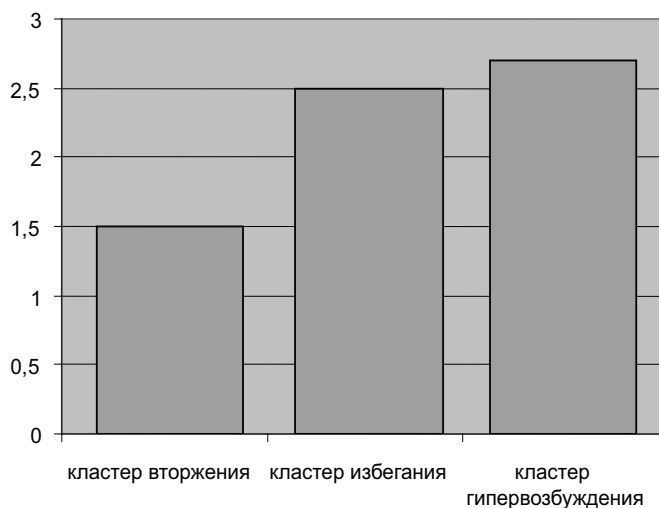


Рис. 4. Среднее количество симптомов различных кластеров ПТСР по выборке осужденных из ПТСР-клинической группы (n=39)

первые три симптома относились к кластеру вторжения, следующие пять – к кластеру избегания и остальные пять – к кластеру гипервозбуждения. При анализе по выборке осужденных из ПТСР-клинической группы (n=39) оказалось, что среднее количество симптомов (M±m) по каждому кластеру составляет примерно 50% от общего числа симптомов соответственно каждому кластеру: 1,51±0,16 из 3 симптомов по кластеру вторжения, 2,46±1,35 из 5 симптомов по кластеру избегания и 2,74±0,23 из 5 симптомов по кластеру гипервозбуждения (рис. 4).

Таким образом, симптомы ПТСР, принадлежащие различным кластерам, были представлены примерно в равных долях, с некоторым превышением симптомов из кластера гипервозбуждения, что, вероятно, объяснялось спецификой психологического микроклимата исправительного учреждения, в частности, повышенной угрозой межличностного насилия, строгой иерархией и регламентацией интерперсональных взаимоотношений. Данный факт представляется важным в свете многочисленных данных, свидетельствующих о тесной связи симптомов из кластера гипервозбуждения с агрессивным поведением лиц, страдающих ПТСР [11, 13, 15].

4. *Распространенность агрессивного поведения.* Исходя из цели исследования, мы проанализировали распространенность и структуру различных форм агрессивного поведения как в юношеском возрасте, так и в момент совершения преступления. Проявления физической агрессии в виде участия в драках наиболее часто (54%) были эпизодическими – 1–2 раза в год. Часто (1–2 раза в мес.), очень часто (1–2 раза в нед.) и почти ежедневно дрались соответственно 21%, 9% и 4% респондентов, что в совокупности составило треть всех обследованных. Лишь 10% никогда не участвовали в драках до своего ареста. Данный результат свидетельствует о том, что в целом обследованный контингент отличался высокой интенсивностью физической агрессии на поведенческом уровне.

В групповых драках («стенка на стенку») в юношеском возрасте принимала участие половина обследованных мужчин, в том числе 36% – 1–2 раза в год, 7% – 1–2 раза в месяц, 3% – 1–2 раза в неделю и 1,5% – почти ежедневно. Таким образом, каждый десятый проявлял частую (чаще 1 раза в мес.) физическую агрессию в составе группы.

До заключения треть мужчин были готовы сразу вступить в ссору или открытый конфликт с окружающими, а четверть – легко, «с ходу» вступали в драку. При этом абсолютное большинство (88%) утверждали, что их физическая агрессия проявлялась только в ответ на провокацию – оскорбления, издевательства и т.д. («реактивная», импульсивная агрессия). Около 5% отметили, что сами всегда задирали и провоцировали других «для развлечения» («проактивная» агрессия).

В большинстве случаев (36%) в момент проявления физической агрессии мужчины испытывали чувство злости, реже – страха и тревоги (21%). Такие эмоции, как чувство азарта, возбуждение, «опьянение боем» (13%) и удовольствия (1%), а также неконтролируемое желание «добить, уничтожить» соперника (6%) свидетельствовали о признаках патологической агрессии у ряда заключенных.

О признаках патологической агрессии свидетельствовали также спутанное сознание с утратой самоконтроля в момент драки (17%) с последующей амнезией (22%), частое агрессивное фантазирование (12%), зоосадизм (3%), сексуальный садизм (2%), вандализм (14%), умышленные самоповреждения (31%) и суицидальные попытки (11%).

Известно, что проявления агрессии, включая аутоагрессию, тесно связаны с состоянием алкогольного опьянения, которое значительно ослабляет самоконтроль субъекта, что подтверждено в многочисленных экспериментальных исследованиях [1]. По нашей выборке 88% осужденных когда-либо в жизни дрались в состоянии алкогольного опьянения; из них 29% – каждый раз (или, как минимум, в половине случаев) дрались, находясь в состоянии алкогольной интоксикации.

Осужденные мужчины также чаще совершали суицидальные попытки в алкогольном опьянении (12% против 9% в трезвом виде).

В связи с важной ролью алкогольной интоксикации в генезе агрессивного поведения нами был проведен анализ типичных и атипичных форм алкогольного опьянения у обследованного контингента. Оказалось, что типичная (эйфорическая) форма отмечалась у 65% мужчин, а атипичные формы (сомнолентная, депрессивная, дисфорическая, истерическая) в совокупности – у 40%. У части осужденных перечисленные формы сочетались.

Таким образом, в генезе агрессивного поведения важную роль играл фактор алкогольной интоксикации, в том числе в атипичных формах, что согласуется с ранее полученными данными [1].

Около половины суицидальных попыток имели истинный характер, то есть сопровождалась действительным желанием покончить с жизнью, треть – имели демонстративно-шантажный характер, и одна пятая часть – совершались импульсивно в состоянии аффекта.

В большинстве случаев обследованные суициденты выбирали довольно травматичные и болезненные способы совершения самоубийства: вскрытие вен (45%), повешение (29%), падение с высоты (14%).

Анализ форм криминальной агрессии показал, что более половины преступлений не сопровождалось прямой агрессией, что объяснялось высокой долей ненасильственных преступлений (кражи, мошенничество, угон транспортного средства и др.) по нашему контингенту обследованных. Тем не менее, каждый третий осужденный по нашей выборке совершал преступление, применяя физическое насилие, в том числе в крайней его степени: избиение (4%) и использование холодного оружия (9%).

Из числа тех, кто использовал прямую физическую агрессию в момент совершения преступления (n=64), абсолютное большинство (95%) заявили о непредумышленном характере криминального насилия. Даже с учетом возможного искажения, вызванного произвольным или бессознательным стремлением осужденных уменьшить степень своей вины, выявляется отчетливая тенденция к преобладанию импульсивного типа криминальной агрессии, что указывает на ослабление механизмов волевого контроля за агрессивными импульсами, нарушения преимущественно эмоционально-волевой сферы личности.

Таким образом, обследованный контингент осужденных мужчин в целом характеризуется высокой распространенностью травматического опыта, симптомов «перитравматической» диссоциации и ПТСР, а также различных форм докриминального и криминального агрессивного поведения. С учетом данных, полученных в ходе ранее проведенных исследований, свидетельствующих об отчетливой связи между опытом психической травматизации, ПТСР и агрессией, полученные нами результаты свидетельствуют о том, что контингент осужденных мужчин является группой высокого риска по взаимной отягощенности указанных негативных факторов, которые являются мишенью для лечения и профилактики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Румянцева Т.Г. Агрессия и контроль (тематическое сообщение) // Вопросы психологии. 1992. N 5–6. С. 35–40.
2. Beckham J.C., Feldman M.E., Kirby A.C. et al. Interpersonal violence and its correlates in Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder // J. Clin. Psychol. 1997. Vol. 53. P. 859–869.
3. Begic D., Jokic-Begic N. Violent behaviour and post-traumatic stress disorder // Curr. Opin. Psychiatr. 2002. Vol. 15. P. 623–626.
4. Biddle D., Elliott P., Creamer M. et al. Self-reported problems: A comparison between PTSD diagnosed veterans, their spouses, and clinicians // Behav. Res. Ther. 2002. Vol. 40. P. 853–865.
5. Choe J.Y., Teplin L.A., Abram K.M. Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: balancing public health concerns // Psychiatr. Serv. 2008. Vol. 59, N 2. P. 153–164.
6. Dyer K. Anger, aggression, and self-harm in PTSD and complex PTSD // J. Clin. Psychol. 2009. Vol. 65, N 10. P. 1–16.
7. Franklin C.L., Posternak M.A., Zimmerman M. The impact of subjective and expressed anger on the functioning of psychiatric outpatients with post-traumatic stress disorder // J. Interpers. Violence. 2002. Vol. 17, N 12. P. 1263–1273.
8. Goff A., Rose E., Rose S. et al. Does PTSD occur in sentenced prison populations? A systematic review // Criminal Behav. Mental Health. 2007. Vol. 17. P. 152–162.
9. Jones T.R., Pratt T.C. The prevalence of sexual violence in prison: the state of the knowledge base and implications for evidence-based correctional policy making // Intern. J. Offender Ther. Comparat. Criminol. 2008. Vol. 52, N 3. P. 280–295
10. Kessler R., Sonnega A., Bromet E. et al. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey // Arch. Gen. Psychiatry. 1995. Vol. 52. P. 1048–1060.
11. King L.A., King, D.W. Male-perpetrated domestic violence: Testing a series of multifactorial family models // Developments in research, practice, and policy / B.Fisher (Ed.). 2004. Report No. 199712. Retrieved December 15, 2004, from <http://www.ncjrs.org/pdffiles1/nij/199712.pdf>
12. McFall M., Fontana A., Raskind M., Rosenheck R. Analysis of violent behavior in Vietnam combat veteran psychiatric inpatients with posttraumatic stress disorder // J. Traumatic Stress. 1999. Vol. 12. P. 501–517.
13. Pfefferbaum B., Tucker P., North C.S. et al. Persistent physiological reactivity in a pilot study of partners of firefighters after a terrorist attack // J. Nerv. Ment. Dis. 2006. Vol. 194. P. 128–131.
14. Shalev A.Y., Peri T., Canetti L., Schreiber S. Predictors of PTSD in injured trauma survivors: a prospective study // Am. J. Psychiatry. 1996. Vol. 153. P. 219–225.
15. Schell T.L., Marshall G.N., Jaycox L.H. All symptoms are not created equal: The prominent role of hyperarousal in the natural course of posttraumatic psychological distress // J. Abnorm. Psychol. 2004. Vol. 113. P. 189–197.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОПЫТА, ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА И АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ОСУЖДЕННЫХ МУЖЧИН

Р. Р. Искандаров, Р. М. Масагутов, И. А. Салихова, Э. А. Колодкина, Д. Г. Храмова

Распространенность травматического опыта, посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и агрессивного поведения у осужденных мужчин является малоизученным феноменом. Цель нашего исследования состояла в изучении распространенности травматического опыта, посттравматического стрессового расстройства и агрессивного поведения у осужденных мужчин. Объектом исследования были осужденные мужчины (n=203). Методы исследования: анамнестический, клиничко-психопатологический, психометрический (Миссисипская шкала ПТСР, тест агрессии и враждебно-

сти Басса-Дарки, тест уровня невротизации и психопатизации, тест склонности к риску). Результаты: обследованный контингент осужденных мужчин в целом характеризуется высокой распространенностью травматического опыта, симптомов «перитравматической» диссоциации и ПТСР, а также различных форм докриминального и криминального агрессивного поведения. Полученные результаты согласуются с ранее полученными данными относительно агрессии лиц, не страдающих ПТСР.

Ключевые слова: ПТСР, травматический опыт, агрессия.

PREVALENCE OF TRAUMATIC EXPERIENCE, PTSD AND AGGRESSIVE BEHAVIORS IN MALE CONVICTS

R. R. Iskandarov, R. M. Masagoutov, I. A. Salikhova, E. A. Kolodkina, D. G. Khramova

Background: the prevalence of traumatic experience, PTSD and aggressive behaviors in male convicts has not been thoroughly investigated so far. Goal: investigation of prevalence of traumatic experience, PTSD and aggressive behaviors in male convicts. Material: male convicts (n=203). Methods: personal histories, clinical-psychopathological, psychometric (the PTSD Mississippi Scale, the Bass-Darki aggression and hostility test, the neurotisation

and psychopathisation test, risky behavior test). Results: in general, the sample investigated is characterized by high rates of traumatic experiences, symptoms of 'peritraumatic' dissociation and PTSD, as well as various forms of pre-criminal and criminal aggressive behaviors. The data obtained are in agreement with the data of previous research concerning aggression in persons without PTSD.

Key words: PTSD, traumatic experience, aggression.

Искандаров Роберт Рафаилович – главный врач клиники «НЕТОКС», врач-психиатр; e-mail: redpost27@gmail.com
Масагутов Радик Мидхатович – профессор кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИПО БГМУ; e-mail: masagoutov123@mail.ru
Салихова Ирина Александровна – врач-нарколог РНД; e-mail: irina_78_07@mail.ru
Колодкина Эльвина Аслямовна – врач-интерн при кафедре психиатрии БГМУ; e-mail: FFFFF1@yandex.ru
Храмова Дания Гумаровна – врач-психиатр РПБ; e-mail: danix05@mail.ru